ກະຊວງສຶກສາທິການສະຫະລັດ
ສໍານັກງານສິດທິພົນລະເມືອງ
ແບບຟອມການຮ້ອງຮຽນເລື່ອງການເລືອກ
ປະຕິບັດ

**ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງໃຊ້ແບບຟອມນີ້ເພື່ອຍື່ນການຮ້ອງຮຽນນໍາສໍານັກງານສິດທິພົນລະເມືອງ (OCR) ຂອງກະຊວງສຶກສາທິການສະຫະລັດ. ທ່ານອາດຈະສົ່ງຈົດໝາຍ ຫຼືອີເມວແທນແບບຟອມນີ້ຫາ OCR ກໍ່ໄດ້, ແຕ່ຈົດໝາຍ ຫຼືອີເມວດັ່ງກ່າວຕ້ອງປະກອບມີຂໍ້ມູນໃນຂໍ້ 1 ຫາຂໍ້ 9 ແລະຂໍ້ 14 ຂອງແບບຟອມນີ້. ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈໃຊ້ແບບຟອມນີ້, ກະລຸນາ ພິມ ຫຼື ຂຽນທຸກຂໍ້ມູນ ແລະໃຊ້ໜ້າເຈ້ຍເພີ່ມເຕີມຖ້າຕ້ອງການບ່ອນວ່າງຕື່ມອີກ. ສະບັບອອນລາຍຂອງແບບຟອມນີ້ ເຊິ່ງສາມາດຖືກສົ່ງທາງອີເລັກໂທຣນິກໄດ້ ແມ່ນສາມາດເອົາ
ໄດ້ທີ່: http://www.ed.gov/about/offices/list/ocr/complaintintro.html.**

ກ່ອນປະກອບແບບຟອມນີ້ ກະລຸນາ ອ່ານຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ປະກອບມີຢູ່ໃນຊຸດຂໍ້ມູນທີ່ຕິດຄັດມານີ້ ເຊິ່ງລວມມີ: ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຂັ້ນຕອນການແກ້ໄຂການຮ້ອງຮຽນຂອງ OCR, ແຈ້ງການກ່ຽວກັບການໃຊ້ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ ແລະ ແບບຟອມການຍິນຍອມເຫັນດີ.

1. ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ຍື່ນການຮ້ອງຮຽນນີ້:

ນາມສະກຸນ:____________________ **ຊື່ຕົ້ນ:**_______________ **ຊື່ກາງ:**_______________

ທີ່ຢູ່: ____

ເມືອງ:_________________________ **ລັດ:**____________ **ລະຫັດໄປສະນີ:**____________

ເບີໂທລະສັບເຮືອນ:__________________ **ເບີໂທລະສັບບ່ອນເຮັດວຽກ:**__________________

ທີ່ຢູ່ອີເມວ: ____

2. ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ຖືກເລືອກປະຕິບັດ (ຖ້າ**ແຕກຕ່າງ**ຈາກບຸກຄົນທີ່ຍື່ນການຮ້ອງຮຽນ). ຖ້າບຸກຄົນທີ່ຖືກເລືອກປະຕິບັດມີອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປ, ພວກເຮົາຈໍາເປັນຕ້ອງມີລາຍເຊັນຂອງບຸກຄົນນັ້ນໃນແບບຟອມການຮ້ອງຮຽນນີ້ ແລະແບບຟອມການຍິນຍອມເຫັນດີ/ການປົດປ່ອຍ ກ່ອນທີ່ພວກເຮົາຈະສາມາດດໍາເນີນການຕໍ່ໄປກັບການຮ້ອງຮຽນນີ້. ຖ້າບຸກຄົນດັ່ງກ່າວແມ່ນຜູ້ເຍົາ, ແລະທ່ານບໍ່ມີສິດອໍານາດທາງກົດໝາຍໃນການຍື່ນການຮ້ອງຮຽນໃນນາມນັກຮຽນດັ່ງກ່າວ, ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່ ຫຼືຜູ້ປົກຄອງຂອງເດັກນັ້ນແມ່ນຈໍາເປັນຕ້ອງມີ.

ນາມສະກຸນ:____________________ **ຊື່ຕົ້ນ:**_______________ **ຊື່ກາງ:**_______________

ທີ່ຢູ່: ____

ເມືອງ:_________________________ **ລັດ:**____________ **ລະຫັດໄປສະນີ:**____________

ເບີໂທລະສັບເຮືອນ:__________________ **ເບີໂທລະສັບບ່ອນເຮັດວຽກ:**__________________

ທີ່ຢູ່ອີເມວ: ____

3. OCR ດຳເນີນການສືບສວນການຮ້ອງຮຽນເລື່ອງການເລືອກປະຕິບັດຕໍ່ກັບສະຖາບັນ ແລະໜ່ວຍງານຕ່າງໆທີ່ໄດ້ຮັບທຶນຈາກກະຊວງສຶກສາທິການສະຫະລັດ ແລະຕໍ່ກັບໜ່ວຍງານການສຶກສາ ແລະຫ້ອງສະໝຸດພາກລັດຖະບານທີ່ຂຶ້ນກັບບົດບັນຍັດຂອງຫົວບົດ II ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍຊາວອາເມລິກາທີ່ພິການ. ກະລຸນາ ລະບຸຊື່ສະຖາບັນ ຫຼືໜ່ວຍງານທີ່ມີສ່ວນພົວພັນໃນການເລືອກປະຕິບັດທີ່ຖືກກ່າວຫາ. ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຮັບເອົາການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານໄດ້, ພວກເຮົາຈະພະຍາຍາມນຳສົ່ງມັນຫາໜ່ວຍງານທີ່ເໝາະສົມ ແລະຈະແຈ້ງບອກໃຫ້ທ່ານຮັບຊາບ.

ຊື່ຂອງສະຖາບັນ: ____

ທີ່ຢູ່: ____

ເມືອງ:____________________ **ລັດ:**__________ **ລະຫັດໄປສະນີ:**__________

ພະແນກ/ໂຮງຮຽນ: ____

4. ກົດລະບຽບທີ່ສຳນັກງານ OCR ບັງຄັບໃຊ້ ຫ້າມການເລືອກປະຕິບັດທີ່ອີງໃສ່ເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ເພດ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸ ຫຼືການແກ້ແຄ້ນ. ກະລຸນາ ຊີ້ບອກພື້ນຖານຂອງການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ:

□ ການເລືອກປະຕິບັດ **ອີງໃສ່ເຊື້ອຊາດ (ລະບຸແຈ້ງ)**

____

____

____

□ ການເລືອກປະຕິບັດ **ອີງໃສ່ສີຜິວ (ລະບຸແຈ້ງ)**

____

____

____

□ ການເລືອກປະຕິບັດ **ອີງໃສ່ຊາດຫຼືປະເທດກຳເນີດ (ລະບຸແຈ້ງ)**

____

____

____

□ ການເລືອກປະຕິບັດ **ອີງໃສ່ເພດ (ລະບຸແຈ້ງ)**

____

____

____

□ ການເລືອກປະຕິບັດ **ອີງໃສ່ຄວາມພິການ (ລະບຸແຈ້ງ)**

____

____

____

□ ການເລືອກປະຕິບັດ **ອີງໃສ່ອາຍຸ (ລະບຸແຈ້ງ)**

____

____

____

□ **ການແກ້ແຄ້ນເນື່ອງຈາກວ່າທ່ານໄດ້ຍື່ນການຮ້ອງຮຽນ ຫຼືໃຊ້ສິດທິຂອງທ່ານ (ລະບຸແຈ້ງ)**

____

____

____

□ **ການລະເມີດກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການເຂົ້າເຖິງທີ່ເທົ່າທຽມກັນ [Boy Scouts of America Equal Access Act] (ລະບຸແຈ້ງ)**

____

____

____

5. ກະລຸນາ ອະທິບາຍລາຍລະອຽດແຕ່ລະການເລືອກປະຕິບັດທີ່ກ່າວຫາ. ສຳລັບແຕ່ລະການກະທຳ, ກະລຸນາ ລວມເອົາວັນທີທີ່ການເລືອກປະຕິບັດເກີດຂຶ້ນ, ຊື່ຂອງແຕ່ລະບຸກຄົນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ແລະ ເຫດຜົນຍ້ອນຫຍັງ ທ່ານຈິ່ງເຊື່ອວ່າການເລືອກປະຕິບັດແມ່ນເປັນຍ້ອນເຊື້ອຊາດ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸ, ເພດ, ແລະອື່ນໆ. ນອກນັ້ນ ກະລຸນາ ບອກຊື່ຂອງບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຢູ່ໃນເຫດການ ແລະເປັນພະຍານເຫັນການກະທຳທີ່ເປັນການເລືອກປະຕິບັດນັ້ນ.

____

____

____

____

____

____

6. **ວັນທີລ້າສຸດ**ທີ່ທ່ານຖືກເລືອກປະຕິບັດຕໍ່ແມ່ນວັນທີເທົ່າໃດ?

ວັນທີ:____

7. ຖ້າວັນທີນີ້ແມ່ນ**ດົນກວ່າ 180 ວັນກ່ອນນີ້,** ທ່ານອາດຈະຮ້ອງຂໍເອົາການຍົກເວັ້ນຂໍ້ກຳນົດດ້ານການຍື່ນການຮ້ອງຮຽນ.

□ ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງຮ້ອງຂໍເອົາການຍົກເວັ້ນກຳນົດເວລາ 180 ວັນສຳລັບການຍື່ນການຮ້ອງຮຽນນີ້. ກະລຸນາ ອະທິບາຍຍ້ອນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງຖ້າຈົນຮອດເວລານີ້ຈຶ່ງຍື່ນການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ.

8. ທ່ານໄດ້ພະຍາຍາມແກ້ໄຂການກ່າວຫາເຫຼົ່ານີ້ກັບທາງສະຖາບັນຜ່ານຂັ້ນຕອນການຮ້ອງທຸກພາຍໃນ, ການອຸທອນ ຫຼື ການໄຕ່ສວນຕາມຫຼັກນິຕິທຳ (due process) ແລ້ວແມ່ນບໍ?

□ **ແມ່ນ** □ **ບໍ່**

ຖ້າທ່ານຕອບວ່າ **ແມ່ນ**, ກະລຸນາ ອະທິບາຍການກ່າວຫາຕ່າງໆໃນການຮ້ອງທຸກ ຫຼືການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານ, ບອກວັນທີທີ່ທ່ານຍື່ນ, ແລະບອກພວກເຮົາສະພາບຄວາມຄືບໜ້າ. ຖ້າເປັນໄປໄດ້, ກະລຸນາສະໜອງສຳເນົາຂອງການຮ້ອງທຸກ ຫຼືການອຸທອນ ຫຼືຄຳຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນຕາມຫຼັກນິຕິທຳ (due process) ຂອງທ່ານໃຫ້ແກ່ພວກເຮົາ ແລະ ຖ້າສຳເລັດແລ້ວ, ສະໜອງຄຳຕັດສິນໃນເລື່ອງດັ່ງກ່າວນຳອີກ.

____

____

____

9. ຖ້າການກ່າວຫາທີ່ປະກອບມີໃນການຮ້ອງຮຽນນີ້ໄດ້ຖືກຍື່ນນຳໜ່ວຍງານສິດທິພົນລະເມືອງຂັ້ນລັດຖະບານກາງ, ຂັ້ນລັດ ຫຼືຂັ້ນທ້ອງຖິ່ນ, ຫຼືສານລັດຖະບານກາງ ຫຼືສານລັດ, ກະລຸນາ ໃຫ້ລາຍລະອຽດ ແລະວັນທີ. ພວກເຮົາຈະຕັດສິນກຳນົດວ່າມັນເໝາະສົມຫຼືບໍ່ທີ່ຈະດຳເນີນການສືບສວນການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານອີງໃສ່ຂໍ້ກ່າວຫາສະເພາະໃນການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ ແລະການດຳເນີນການທີ່ໄດ້ເຮັດໂດຍໜ່ວຍງານ ຫຼືສານອື່ນ.

ໜ່ວຍງານ ຫຼືສານ:____

ວັນທີຍື່ນ: ________________

ເລກທີຄະດີ ຫຼືການອ້າງອີງ: ____

ຜົນການສືບສວນ/ສິ່ງຄົ້ນພົບໂດຍໜ່ວຍງານ ຫຼືສານ:

____

____

10. ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຕິດຕໍ່ຫາທ່ານຢູ່ເຮືອນ ຫຼືບ່ອນເຮັດວຽກຂອງທ່ານໄດ້, ພວກເຮົາຢາກໄດ້ຊື່ ແລະເບີໂທລະສັບຂອງບຸກຄົນອື່ນ (ຍາດພີ່ນ້ອງ ຫຼືໝູ່ເພື່ອນ) ຜູ້ທີ່ຮູ້ວ່າພວກເຮົາຈະສາມາດຕິດຕໍ່ຫາທ່ານໄດ້ຢູ່ໃສ ແລະເວລາໃດ. ຂໍ້ມູນນີ້**ບໍ່ຖືກກໍານົດວ່າຈໍາເປັນຕ້ອງໃຫ້**, ແຕ່ມັນຈະເປັນປະໂຫຍດຫຼາຍຕໍ່ກັບພວກເຮົາ.

ນາມສະກຸນ:____________________________ **ຊື່ຕົ້ນ:**____________________ **ຊື່ກາງ:**__________________

ເບີໂທລະສັບເຮືອນ:________________________ **ເບີໂທລະສັບບ່ອນເຮັດວຽກ:**_________________________

11. ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ສະຖາບັນເຮັດຫຍັງທີ່ເປັນຜົນຈາກການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ — ທ່ານກໍາລັງຊອກເອົາການແກ້ໄຂແນວໃດ?

____

____

____

____

12. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຮັບເອົາການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານໄວ້ໄດ້ ຖ້າມັນບໍ່ໄດ້ຖືກເຊັນຊື່. ກະລຸນາ ເຊັນຊື່ ແລະລົງວັນທີການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານຢູ່ຂ້າງລຸ່ມ.

__________ ____

(ວັນທີ) (ລາຍເຊັນ)

__________ ____

(ວັນທີ) (ລາຍເຊັນຂອງບຸກຄົນໃນຂໍ້ 2)

ກະລຸນາ ສົ່ງແບບຟອມການຮ້ອງຮຽນເລື່ອງການເລືອກປະຕິບັດທີ່ເຮັດສໍາເລັດ ແລະເຊັນຊື່ແລ້ວ, ແບບຟອມການຍິນຍອມເຫັນດີທີ່ເຊັນຊື່ແລ້ວຂອງທ່ານ ແລະສໍາເນົາຂອງທຸກເອກະສານເປັນລາຍລັກອັກສອນ ຫຼືເອກະສານອື່ນທີ່ທ່ານເຊື່ອວ່າຈະຊ່ວຍໃຫ້ OCR ເຂົ້າໃຈການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານທາງໄປສະນີຫາຫ້ອງການບັງຄັບໃຊ້ກົດໝາຍຂອງ OCR ທີ່ຮັບຜິດຊອບສໍາລັບລັດບ່ອນທີ່ສະຖາບັນ ຫຼືໜ່ວຍງານທີ່ຖືກຮ້ອງຮຽນຕັ້ງຢູ່. ທ່ານສາມາດຊອກຫາຂໍ້ມູນການສົ່ງທາງໄປສະນີສໍາລັບຫ້ອງການບັງຄັບໃຊ້ກົດໝາຍທີ່ຖືກຕ້ອງເທິງເວັບໄຊຂອງ OCR ໄດ້ທີ່ http://wdcrobcolp01.ed.gov/CFAPPS/OCR/contactus.cfm.